

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MAGISTERIO EN EDUCACIÓN
PRIMARIA

CURSO 2019/2020

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A CORTO Y
LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL
INFANTIL: PREVENCIÓN TERCIARIA EN EL
MARCO EDUCATIVO

SHORT- AND LONG-TERM PSYCHOLOGICAL
CONSEQUENCES OF CHILD SEXUAL ABUSE:
TERTIARY PREVENTION IN A SCHOOL
CONTEXT

Autor: Álvaro Viscarolasaga Trueba

Directora: Eva María Gómez Pérez

ÍNDICE

| | |
|--|----------------------|
| 1. Resumen/Abstract..... | Páginas 2-3 |
| 2. Introducción..... | Páginas 4-6 |
| 3. Marco teórico: | |
| 3.1. El Abuso Sexual Infantil (ASI). Aproximación al fenómeno..... | Páginas 7-9 |
| 3.1.2 Definición y características del Abuso Sexual Infantil..... | Páginas 9-13 |
| 3.2. Las consecuencias del ASI..... | Páginas 13 a 21 |
| 4. Marco empírico | |
| 4.1. Objetivo..... | Página 22 |
| 4.2. Metodología..... | Páginas 22-26 |
| 4.3. Resultados..... | Páginas 26-41 |
| 5. Conclusiones..... | Páginas 42-44 |
| 6. Bibliografía..... | Páginas 45-49 |

1. Resumen/Abstract.

Resumen:

Este presente trabajo tiene como objetivo fundamental el de analizar la intervención educativa con niños y niñas víctimas de abuso sexual (ASI), en busca de paliar las consecuencias perjudiciales que esta clase abuso que tiene sobre la vida y desarrollo de las víctimas.

El ASI es una problemática de una importante gravedad en la sociedad actual, pero se trata de un suceso que lleva ocurriendo a lo largo de la historia, aunque durante muchos años se negó su existencia. Por este motivo, el ASI siempre ha ido ligado a mitos y falsas creencias que complican su conceptualización, los profesionales que tratan con niños y niñas deben conocer qué es el ASI para poder realizar una intervención que ayude a los niños a superar los efectos perniciosos de este.

A través de la revisión bibliográfica, se pretende esclarecer cómo ha de ser la intervención desde el ámbito educativo para minimizar el daño originado en las víctimas y potenciar el proceso de recuperación que le ayudará a superar el evento traumático y lograr un ciclo evolutivo y un desarrollo personal y social sano y enriquecedor.

Abstract:

The main objective of this paper is to analyse educational intervention with child victims of sexual abuse (CSA), in order to alleviate the harmful consequences that this kind of abuse does in the life and development of the victims.

The CSA is a problem of huge dimensions in the current society, but it is an event that has been going on throughout history, however for many years its existence was denied. So, the ASI has always been linked to myths and false beliefs that complicate its conceptualization, professionals who deal with children must know what the ASI is, in order to be able to carry out an intervention that helps children to overcome the pernicious effects of it.

Through the bibliographical review, we intend to clarify how the intervention from the school context should be in order to minimize the damage caused in the

victims and to promote the recovery process that will help them to overcome the traumatic event and achieve an correct evolutionary cycle and a healthy and enriching personal and social development.

2. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo **analizar y aportar luz a los y las profesionales del ámbito educativo sobre cuáles son las consecuencias que el abuso sexual provoca en la infancia y cómo repercute en su forma de ser y actuar con los demás**. Es necesario entender y comprender las situaciones que estos niños y niñas atraviesan para, desde el ámbito educativo, poder dar una respuesta que ayude a minimizar los efectos que este tipo de abuso.

Esta respuesta debe de orientarse a reparar el daño causado y estar adaptada a las necesidades del alumnado ayudándoles a continuar su proceso desarrollo de forma adecuada.

Este objetivo solo podrá conseguirse si todos los profesionales educativos implicados con estos niños y niñas cooperan entre sí llevando a cabo actuaciones orientadas a su bienestar y recuperación. Pero esto solo es posible si, además de los tutores o tutoras responsables de su proceso educativo, cuentan con equipos directivos y profesionales especializados (orientación, pedagogía terapéutica o servicios a la comunidad) que entiendan qué es el abuso y promuevan programas efectivos para este colectivo contando a su vez con la colaboración de familias y profesionales externos que pudieran estar interviniendo (servicios sociales, profesionales terapéuticos, etc.)

Los malos tratos a la infancia constituyen un problema de una dimensión global, en el que es preciso tener en cuenta multitud de factores que se interrelacionan (familiares, individuales, sociales, culturales, etc.) para entender los efectos perjudiciales que pueden tener sobre el o la menor (Pereda, 2009). Las secuelas psicológicas y emocionales que acompañan al maltrato, abuso y negligencia infantil provocan en los niños y niñas que lo sufren son evidentes y tienen consecuencias tanto a corto como a largo plazo, es decir, pueden perdurar hasta que la víctima llega a la edad adulta (Morales, 2006; Pereda, 2009).

De entre todas las formas de malos tratos a la infancia que se han dado a lo largo de la historia y que se siguen dando en la sociedad actual, los abusos sexuales son los que más sensibilidad provocan en la población y, según las fuentes de literatura estudiadas, más relevancia ha tenido a nivel de investigación mundial.

Es necesario considerar el abuso sexual infantil como uno de los problemas más graves de salud pública que tiene que afrontar la sociedad y, en especial, las víctimas que lo han sufrido (Palacios, 2008). Por ello, todos los profesionales que trabajan con menores, ya sea en el ámbito educativo o terapéutico, deben estar concienciados sobre la gravedad de esta tara social y ayudar a los niños y niñas a superar el trauma y las consecuencias que este tipo de situaciones les van a dejar (Pereda, 2007).

En una propuesta como la que se desarrolla en este trabajo cuyo tema central es precisamente el abuso sexual infantil, es imprescindible partir de un profundo conocimiento tanto de a qué llamamos abuso sexual infantil (ASI) como los diferentes tipos y características de los diferentes tipos de ASI que existen.

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente los malos tratos infantiles tienen una serie de consecuencias para las personas; uno de los más significativos es el trauma. Un trauma es desencadenado por un evento traumático, una situación generadora de estrés de carácter exógeno, a la cual la víctima no es capaz de hacer frente causándole un daño psicológico considerable (Barudy & Dantagnan, 2005). Cuando una persona sufre un trauma en un momento crítico de su desarrollo, en la infancia, este tiene unos efectos realmente perjudiciales en la víctima. Un trauma producido en la infancia puede estar asociado a patología muy diversas, por ejemplo: ansiedad, trastorno disociativo, trastornos de personalidad, autoestima baja, conductas autodestructivas, etc. (Ford, et al., 2005, González, 2008).

Resulta evidente que una situación en la que un niño o niña ha estado sufriendo un abuso sexual por parte de algún adulto de su entorno puede considerarse como una de estas situaciones generadoras de traumas. El trauma crea en el menor o la menor unos comportamientos conocidos como mecanismos de defensa a los que recurre cuando se encuentra ante situaciones que no puede soportar ni enfrentar. Por esta razón, el trauma tiene consecuencias tanto en el ámbito emocional, cognitivo, funcional y conductual de la víctima (Ford et al, 2005; Pereda, 2009).

Todas estas disfuncionalidades y sintomatología que puedan mostrar las víctimas de un maltrato, entre ellos el abuso sexual, han de servir de indicadores

dentro del centro educativo y del entorno del niño o de la niña afectado para iniciar los protocolos de prevención necesarios para poder responder a las necesidades que estos exponen (de Manuel Vicente, 2007; Kellog et al., 2020; Martínez, 2000).

Por lo tanto, se considera que la escuela debe de conocer bien este fenómeno y sus consecuencias para poder detectar los indicadores que pueden estar manifestando estos niños y niñas y a partir de ahí intervenir preventivamente a nivel tanto de prevención secundaria (detección y notificación) como de prevención terciaria (respuestas de ayuda profesionalizada para reducir su impacto).

A lo largo de este trabajo de investigación se tratará de abordar el fenómeno del Abuso Sexual Infantil revisando en profundidad tanto sus consecuencias como las necesarias actuaciones educativas vinculadas con la respuesta a este fenómeno.

3. Marco teórico

3.1. El Abuso Sexual Infantil (ASI). Aproximación al fenómeno.

En este apartado del trabajo se pretende poner de manifiesto la relevancia que tiene el ASI como una problemática de la sociedad ya que, en muchas ocasiones, esta se encuentra sometida a lo que se conoce como cultura del silencio y apenas tiene visibilidad, pese a su gravedad. Asimismo, se tratará de abordar en qué consiste este fenómeno recurriendo a algunas de las definiciones más relevantes del fenómeno, las cuales se emplearán para señalar las distintas formas que el ASI puede adoptar y las variables que lo acompañan, relacionadas con la víctima, el perfil habitual de los agresores, el tipo de violencia empleada, etc. Es fundamental que los profesionales educativos conozcan qué es el ASI para poder tratar con el alumnado que lo sufra de la manera más beneficiosa posible.

Como apunta Palacios (2008, p. 100) el abuso sexual “es una de las más graves violaciones a los derechos humanos, ya que violenta la integridad, dignidad, autoestima y desarrollo integral de las víctimas; pero, además, es una problemática que se mantiene en la clandestinidad, en una cultura del silencio”. Esta cita ilustra realmente bien la falta de visibilidad que ha tenido el abuso sexual infantil a lo largo de la historia y la necesidad de aportar luz sobre esta problemática social para que los profesionales que tienen que lidiar y luchar contra ella lo hagan de mejor forma posible, de manera que los menores afectados puedan sobreponerse a la injusticia que les ha tocado vivir.

Es imprescindible conocer qué es lo que quiere decir esta cultura del silencio en relación con el ASI y la importancia que tiene, desde todos los ámbitos de la sociedad - incluido el educativo -, se tome conciencia sobre la importancia de prevenir este tipo de maltrato. Un estudio de Félix López (1994) pone de manifiesto que un 23% de niñas y un 15% de niños menores de 17 años han sufrido un caso de ASI, sin embargo, el 60% no han recibido nunca ningún tipo de ayuda.

La literatura revisada pone de manifiesto que el ASI representa un problema de considerables proporciones, tanto en términos epidemiológicos, como a nivel de las consecuencias que provoca (Martínez, 2000). El abuso sexual no es un

problema reciente en la sociedad actual, de hecho, es un problema que ha estado presente en todas las sociedades y culturas (de Manuel Vicente, 2017; Losada, 2012; Palacios, 2008). Sin embargo, y a pesar de haber sido un hecho frecuente a lo largo de la historia, como señala Pinto (2009) el ASI ha estado legitimado por algunas civilizaciones debido a las creencias religiosas, es decir, pese a su que su existencia era innegable, este no era reconocido como una conducta dañina hacia los y las menores.

Por ejemplo, Sigmund Freud, padre de la psiquiatría moderna, aunque escuchó a muchas de sus pacientes relatar memorias de abusos sexual en la infancia, normalmente perpetrados por familiares planteando, incluso, que estos abusos eran el origen de muchas de las psicopatologías femeninas. A pesar de lo cual, consideró estos recuerdos como falsas memorias de las mujeres. Es posible que adoptase esta postura debido a la controversia que podría haber originado dentro de la sociedad de aquella época (Pinto, 2009). Esta misma posición en la que se consideraban los abusos sexuales infantiles relatados por los propios niños y niñas como algo aislado y raro ha prevalecido a lo largo de los últimos siglos (Pinto, 2009).

Sin embargo, en la actualidad, la difusión de este fenómeno por parte de autores como Finkelhor (1986) a nivel internacional o López (1994) a nivel nacional ha servido para que se reconozca la importancia de este fenómeno como una problemática presente en las distintas sociedades y culturas que tiene efectos devastadores sobre el desarrollo psicológico de las víctimas (Pinto, 2009).

Por este motivo, las investigaciones sobre este tema han crecido exponencialmente durante las últimas décadas y la sociedad (Losada, 2012), en sus distintos niveles, está cada vez más concienciada en la necesidad de luchar contra problemas como el ASI.

El abuso sexual infantil no solo es una problemática social, sino que desde el punto de vista legal también tiene su reconocimiento, lo cual provoca que existan unas medidas de actuación las cuales son necesarias conocer.

La propia Convención sobre los derechos del niño, de 1989, y la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, del 2000, recogen que los niños y las niñas tienen unos derechos fundamentales, uno de los cuáles es el derecho

a estar protegidos de toda forma de violencia. El ASI en todas sus formas se trata de una grave violación a estos derechos fundamentales de los niños.

Por otro lado, en nuestro sistema jurídico, el ASI es un delito tipificado y penado en el código penal (Agudelo, 2016).

Esto tiene consecuencias a la hora abordarlo desde el contexto educativo, ya que cuando existe una sospecha de que un menor ha sufrido o está sufriendo cualquier clase de abuso sexual hay que iniciar un protocolo que empiece por comunicar y denunciar la situación a las autoridades pertinentes para que actúen siguiendo la norma establecida.

Por otro lado, la forma en la que el ASI ha sido considerado a lo largo de la historia ha propiciado que este fenómeno se vinculara a ciertas falsas creencias y mitos que han complicado su conceptualización, así como su detección e intervención. De Manuel Vicente (2007) recoge alguna de estas falsas creencias:

- El abuso sexual no existe.
- Son casos aislados.
- El agresor es siempre un desconocido, delincuente o enfermo mental.
- No tiene consecuencias graves en la víctima.
- El niño o niña es asexuado.

Una vez realizada una aproximación al fenómeno que supone el ASI en la sociedad actual, es preciso definirlo para que los profesionales educativos tengan una referencia y concepto claro sobre qué es el ASI, ya que si este no se conoce la intervención se verá afectada negativamente.

3.1.2 Definición y características del abuso sexual infantil

A pesar de que existen diferentes definiciones sobre qué es el abuso sexual infantil la mayoría tienen elementos comunes entre ellas.

Una de estas primeras definiciones, aportada por el *National Center of Child Abuse and Neglect* (1981), considera el abuso sexual infantil como cualquier tipo de contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño o niña para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando

esta es significativamente mayor que el niño o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el menor”.

El ASI implica, por lo tanto, una transgresión de los límites íntimos y personales del niño o la niña. Se trata de una imposición de comportamientos de tipo sexual por parte de una persona hacia un o una menor en un contexto de asimetría de poder, habitualmente, a través del engaño, la fuerza o la manipulación.

Una segunda definición del abuso sexual infantil permite introducir conceptos como el grado de madurez del menor para dar su consentimiento para mantener relaciones sexuales. Se puede definir el ASI como cualquier clase de contacto sexual con un o una menor de edad o su utilización como objeto de estímulo sexual cuando este todavía no ha alcanzado ni la edad ni el grado de madurez necesario para consentirlo. El agresor se trata de una persona mayor que la víctima, salvo circunstancias excepcionales el abusador ha de tener al menos cinco años más que la víctima. En el abuso sexual infantil, el agresor se aprovecha de una posición de superioridad, poder, ascendencia o autoridad para perpetrar el abuso, asimismo es frecuente que la víctima sea engañada o coaccionada, a través de violencia o amenazas. (Agudelo, 2016; de Manuel Vicente, 2017; Martínez, 2000; Mathews & Collin-Vézina, 2019; Palacios et al., 1995).

En conclusión, cualquier actividad sexual en la que se implique a un menor coaccionándolo y engañándolo en busca de un beneficio sexual por parte del agresor, se trata de un caso de abuso sexual infantil (Mathews & Collin-Vézina, 2019),

Otra de las cuestiones relevantes para conocer este fenómeno es el análisis de las diferentes conductas que son consideradas como abuso sexual, ya que determinan, por un lado, el tipo de consecuencias que el ASI tendrá en él o la menor, y, por el otro, la respuesta penal frente a este. Las conductas se consideran con diferente nivel de gravedad en función de los siguientes criterios que ayudan clarificar distintos tipos de ASI: si el abuso va acompañado de violencia o no; de si existe o no un contacto físico; si se produce penetración o no; si el agresor pertenece al ámbito intra o extrafamiliar y, por último, si se realiza a través de las nuevas tecnologías.

El primer criterio relacionado con si el ASI se da con o sin violencia determina que sea considerado en el primer caso una agresión y en el segundo un abuso. Los datos sobre la casuística del ASI demuestran que en la mayor parte de los casos el agresor, emplea otros métodos para conseguir perpetrar el abuso, por ejemplo, a través de amenazas o engaños para lograr coaccionar a la víctima para conseguir de ella un beneficio sexual (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005; Forns & Pereda, 2006). Por otro lado, cuando el agresor hace uso de violencia física no causa heridas graves en las víctimas (Forns & Pereda, 2006),

El segundo criterio introduce la posibilidad de que la víctima sufra un ASI, aunque no exista contacto físico. Algunos ejemplos de estos abusos son los casos de exhibicionismo o de exposición de niños y niñas a pornografía (de Manuel Vicente, 2017). Es en este tipo de abuso sexual sin contacto físico en el que juega un papel realmente significativo las nuevas tecnologías, puesto que de su mano surgen nuevas formas mediante las cuales una persona adulta puede engañar al menor, por ejemplo, haciéndose pasar por otro menor, e implicar a la víctima en actividades sexuales (de Manuel Vicente, 2017). El abuso a niños y niñas a través de internet es cada vez mayor y se da distintas formas (ciberacoso, *grooming*, etc.) (de Manuel Vicente, 2017).

El tercer criterio que define las diferentes conductas del ASI tiene que ver con la posibilidad de que las conductas acompañadas por contacto físico impliquen penetración o no. Las conductas que incluyen un contacto físico son: los tocamientos, masturbación o penetración, ya sea oral, vaginal o anal. Algunos estudios señalan que la penetración es menos frecuente que el resto de actos abusivos (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005), sin embargo, otros estudios como el de Forns & Pereda (2006) apuntan que los casos de abusos acompañado de penetración son elevados, tanto en niñas (26,7%) como en niños (42,1%). Cuando se produce una penetración la experiencia del abuso resulta realmente traumática para el menor, tanto a nivel psicológico y emocional como en un plano fisiológico (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

En cuarto y último lugar, el abuso sexual puede producirse de manera intrafamiliar si el abuso es cometido por algún familiar de la víctima (padres, hermanos mayores, padrastros, madrastras etc.) o, por otro lado, de manera extrafamiliar cuando la persona que abusa del niño o niña no forma parte de

entorno familiar (profesores, entrenadores, etc.) (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). Sin embargo, la literatura pone de manifiesto que el abusador, por lo general, forma parte del entorno próximo al menor, es decir, que sea o no un familiar del menor se trata de una persona cercana a la víctima (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; de Manuel Vicente, 2017; Forns & Pereda, 2016).

Hasta el momento nos hemos ido aproximándonos también a través de los datos a la realidad del abuso sexual infantil. Veremos a continuación algunas otras características comunes en los casos de abuso que nos permitirán ampliar su conocimiento. Analizamos a continuación los datos relativos a distintas variables que ayudan a comprender cómo se suelen dar los abusos, estas son: el género, tanto de la víctima como del agresor; la edad y la relación del agresor con la víctima.

El Consejo de Europa señala que el uno de cada cinco niños es víctima de abusos sexuales (de Manuel Vicente, 2017). Asimismo, el ASI se produce de manera similar en todos los rangos de edad (adolescentes, niños y niñas).

Estudios como el de Finkelhor et. al (2014) señalan que existe un 27% de niñas que son abusadas sexualmente, mientras que los niños son únicamente el 5%, ergo, el abuso sexual es más frecuente en niñas que en niños. Asimismo, muchos de los y las menores no reconocen ni revelan que han sido víctimas de un ASI durante su infancia y adolescencia (Finkelhor et. al, 2014; Kellogg et al., 2020).

En cuanto, al género del agresor estudios apuntan a que el 90% son hombres (Douglas & Finkelhor, 2005). Douglas y Finkelhor (2005) señalan que sobre el 30% de los agresores se trata de personas menores de edad, aunque considerablemente mayores que las víctimas, el resto incluye a personas adultas. Por último, es preciso señalar que entre el 14% y 56% de los abusos sexuales a niñas y hasta el 25% de los abusos a niños fueron perpetrados por personas pertenecientes al ámbito familiar de los niños (Douglas & Finkelhor, 2005).

Sin embargo, la asociación CAVAS recoge en sus memorias de actividades que aproximadamente el 50% de los casos de ASI recogido son de índole

intrafamiliar, concretamente la figura del padre - ya sea biológico o segunda pareja - es la figura de agresor que más que más se reitera. Este mismo motivo tiene su consecuencia en que el lugar donde más se producen casos de ASI sea el domicilio de la víctima, del agresor o de ambos, así como en la reiteración del abuso durante un periodo de tiempo considerable, es decir, el ASI, por norma general, no se da de manera aislada.

3.2 Consecuencias de Abuso Sexual Infantil.

Es fundamental conocer los efectos y consecuencias que el ASI tiene en los y las menores que lo sufren ya que estos son unos claros indicadores para poder detectarlo, es decir, para poner en marcha la prevención secundaria y evitar que el daño causado sea irreversible (Echeburúa & Corral, 2006; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Los acontecimientos catastróficos dejan huellas indelebles en la mente de las personas que los sufren y, también, el impacto del trauma es mayor en los niños y niñas que en las personas adultas (Perry & Szalavitz, 2008). Si no se repara el daño causado en la infancia, el desarrollo, tanto cognitivo como relacional y social, de las víctimas se ve realmente afectado (Perry & Szalavitz, 2008). Por este motivo, es necesario conocer cómo afecta el ASI a los menores que los sufren y qué consecuencias tiene este sobre ellos y ellas, tanto a largo como a corto plazo, para de esta manera poder detectarlo y actuar a tiempo de la forma más beneficiosa posible.

El abuso sexual infantil, al igual que otros tipos de maltrato infantil (Enrique Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011), tiene unos efectos realmente negativos que condicionan el desarrollo personal y social del menor que lo ha sufrido. Los niños y niñas víctimas de un ASI están sometidos a numerosos factores de riesgo de los cuáles es necesario protegerles, además muestran una serie de conductas y comportamientos que denotan que han pasado una situación realmente dolorosa, por tanto, necesitan ayuda de los agentes que están en continuo contacto con ellos (docentes, familia, profesionales terapéuticos...) para evitar que las consecuencias a corto y largo plazo que el abuso sexual suele

tener en niños y niñas se vuelvan irreversibles y tengan un efecto nocivo en la vida de la víctima.

Es necesario tener en cuenta que las consecuencias del ASI en las víctimas no suponen un cuadro clínico estricto, ni tiene porqué tener los mismos efectos en todos los menores que lo sufren. En definitiva, puede que una persona víctima de un ASI desarrolle algún trastorno psicológico, pero no existe una correlación directa (Enrique Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

De hecho, las consecuencias que el ASI tiene en las víctimas están determinadas por los distintos tipos de abuso, ya que, por ejemplo, no afecta de la misma manera a la vida de un menor un abuso intrafamiliar que uno extrafamiliar (Enrique Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Asimismo, se deben considerar otros tipos de variables, tales como la edad de la víctima, si el abuso va acompañado de un contacto físico, si se reitera durante un periodo de tiempo considerable, etc., puesto que estos factores condicionan los efectos y la repercusión que el abuso va a tener en el niño o la niña.

Por este motivo, es preciso tener en cuenta que las consecuencias de la victimización relacionadas con el ASI son realmente negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima cuando el agresor es un familiar o una persona muy cercana al menor (una figura de apego para el niño o niña) y, además, se produce una penetración y el abuso se reitera en un periodo considerable de tiempo (Enrique Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Las consecuencias que acompañan a la vivencia del ASI tienen una base psicológica y son traumáticas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011, Scott et al., 2014), es decir, afectan negativamente al desarrollo del cerebro de la víctima y pueden perdurar hasta la edad adulta (Pereda, 2009; Perry & Szalavitz, 2008). Comenzamos a hablar de efectos a largo plazo cuando estos se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia del abuso (Pereda, 2009), de hecho, el abuso sexual en edades tempranas se trata de un gran factor de riesgo para que la víctima desarrolle trastornos psicológicos cuando esta llegue a la edad adulta (Pereda, 2009; Flitter et al., 2003).

En conclusión, las consecuencias relacionadas con el abuso sexual infantil que aparecen en un corto plazo de tiempo pueden perdurar a lo largo del ciclo

evolutivo y, aunque las consecuencias psicológicas a largo plazo son más inciertas, es evidente el ASI es un claro factor de riesgo para que en la edad adulta las víctimas desarrollen distintas alteraciones emocionales y comportamientos sexuales inadaptados (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011; Pereda, 2009).

A la hora de hablar de consecuencias a corto plazo fruto del ASI, atendiendo a las distintas investigaciones sobre esta cuestión, se puede agrupar la sintomatología habitual que presentan los y las menores víctimas de ASI en las siguientes problemáticas: problemas en el área emocional, en el área cognitiva y de rendimiento académico, en el área relacional, en el área funcional y fisiológica y en el área conductual (Barudy & Dantagnan, 2005; de Manuel Vicente, 2017; Pereda, 2009).

Los **problemas emocionales** destacan por mostrar una sintomatología postraumática, los cuales pueden derivar en miedos y fobias, además se observan síntomas de ansiedad y depresión a los que acompañan una baja autoestima y un sentimiento de culpa y de estigmatización (Pereda, 2009). En el peor de los casos, tanto en niños como en niñas, factores ya comentados como la depresión o la ansiedad pueden dar lugar la ideación y conducta suicida por parte de la víctima, en forma de amenazas, de pensamientos, de autolesiones, etc. (Pereda, 2009; Martin et al., 2004).

Asimismo, merece la pena destacar que si el ASI se produce de manera intrafamiliar este puede ir acompañado de una desestructuración familiar, la cual puede también tener efectos realmente negativos a nivel emocional en la víctima. Sin embargo, es fundamental garantizar la seguridad de la víctima, con el objetivo primordial de que no se produzca una revictimización, considerando la separación del menor de su familia como algo excepcional y que se debe realizar únicamente en claros casos en los que el o la menor se encuentre en una situación de desprotección (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Los **problemas cognitivos y de rendimiento académico** se traducen en una sintomatología hiperactiva, el niño o niña que ha sufrido el ASI ve afectada su capacidad de concentración y atención (Pereda, 2009).

Los **problemas de relación** se ven reflejados tanto en la relación con adultos como con iguales ya que tras sufrir el abuso la confianza de la víctima está totalmente rota (Pereda, 2009). Por esta razón, las víctimas de ASI tienden a tener pocos amigos o amigas y a pasar menos tiempo con otros niños y niñas, lo que repercute en un aislamiento social. Estos comportamientos asociales pueden perdurar durante todo el crecimiento y desarrollo de la víctima, por lo tanto, se trata de un factor de riesgo para los niños y niñas (Pereda, 2009; Daigneault et al., 2006). Es habitual, asimismo, que los niños y niñas desarrollen trastornos del apego, debido a que han visto traicionada su confianza (Barudy & Dantagnan, 2005), estos trastornos concluyen en los comportamientos disociales ya comentados.

Los **problemas funcionales** tienen que ver con las dificultades físicas que manifiestan las víctimas de ASI, por ejemplo: problemas de sueño (insomnio y pesadillas), pérdida y control de los esfínteres o trastornos alimenticios, quejas somáticas, etc. (Pereda, 2009).

En último lugar se tratarán los **problemas de conducta**, de manera bastante más amplia, ya que son un claro factor de riesgo para el o la menor y pueden tener consecuencias muy negativas en su desarrollo (de Manuel Vicente, 2017; Pereda 2009). Pereda (2009) destaca tres: conductas sexualizadas, conformidad compulsiva y conducta de disruptiva y agresiva.

Merece la pena comentar y analizar las conductas sexualizadas que pueden desarrollar los niños y niñas que hayan sufrido casos de ASI.

Las conductas sexualizadas o comportamientos erotizados que muestran las víctimas de ASI se tratan de una consecuencia que es un indicador claro de un posible caso de ASI, sin embargo, es importante señalar que estas conductas no son exclusivas de los menores que han sufrido un abuso sexual, otras experiencias de carácter violento y maltrato o distintas actitudes familiares respecto al sexo pueden provocar este tipo de comportamiento en los y las menores (González et al., 2012; Pereda, 2009).

González et al. (2012) apuntan que la conducta sexualizada que adoptan los niños y niñas víctimas de ASI se manifiestan en forma de juegos sexuales con

muñecos, introducción de objetos en la vagina o en el ano, masturbación excesiva, conductas seductoras o conocimientos sexuales impropios de su edad.

Numerosos autores han estudiado las conductas sexuales que son normativas en las distintas edades y etapas que atraviesa una persona y a la hora de compararlas con las que presentan los niños y niñas víctimas de ASI, destacando sus conocimientos y comportamientos sexualizados, son totalmente diferentes e inusuales a los de sus coetáneos (González et al., 2012; Pereda 2009).

Es evidente que este tipo de conductas interfieren en el desarrollo integral de las víctimas, dando lugar a que esas conductas sexuales se puedan acrecentar construyendo una sexualidad distorsionada que les origine problemas en su vida adulta, además de ser un claro factor de riesgo para que se produzca una revictimización en etapas posteriores (González et al., 2012; Pereda, 2009; Perry & Szalavitz, 2008).

Igualmente, todas estas problemáticas que presentan los niños y niñas víctimas de ASI tienen, como ya se ha mencionado, unas repercusiones en el tiempo que pueden originar nuevas problemáticas en el crecimiento y la vida adulta de los menores (Pereda, 2010). Las consecuencias finales del ASI afectan a los mismos ámbitos de la vida de una persona, por tanto, se puede realizar la misma clasificación.

La mayoría de los trastornos que aparecen inicialmente se mantienen o agravan a lo largo del tiempo. Por ejemplo: algunos **problemas emocionales**, como el trastorno de estrés postraumático o los trastornos depresivo e ideaciones suicidas; u otros de **carácter funcional**, como el trastorno de somatización el cual consiste en que la víctima muestra síntomas somáticos múltiples sin una causa concreta o aparente que los consiga explicar, lo cual provoca un distrés psicológico y una busca de ayuda médica constante (Guzmán, 2011). Este trastorno se puede manifestar, por ejemplo, en dolores físicos sin razón una razón médica precisa (Pereda, 2010).

El **área relacional y social** es una de las que queda más afectadas, destaca la presencia de conductas disociales y trastornos de conducta. Los menores que víctimas de ASI tienden a mostrar una adaptación social complicada a medida que se van haciendo mayores. Existe la presencia de un mayor aislamiento y

ansiedad social que dificulta que los niños y niñas puedan establecer lazos de confianza con otras personas, complicando así la interacción social durante su ciclo evolutivo (Pereda, 2010). Asimismo, también se observa un desajuste en las relaciones de pareja resultado de haber sufrido un ASI, las víctimas construyen relaciones inestables que, al terminar, valoran negativamente (Pereda, 2010).

Por otro lado, dentro del **área conductual**, se puede relacionar las conductas sexualizadas mencionadas anteriormente con el desarrollo de problemas sexuales en la vida adulta, el más habitual se trata de la sexualidad desadaptativa, aunque, como señala Pereda (p. 194, 2010), “no existe una relación causal entre la experiencia de ASI y el desarrollo de este problema, si bien el ASI actuaría como factor de riesgo”. Este problema da lugar al desarrollo de una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, que se refleja en conductas de riesgo sexual (Pereda, 2010).

| CONSECUENCIAS DEL ASI | ÁREAS | SINTOMATOLOGÍA | INVESTIGACIONES |
|-----------------------------|-----------------|--|---|
| Consecuencias a corto plazo | Área emocional | Miedos y fobias Ansiedad y depresión Baja autoestima Trastorno de estrés postraumático Sentimiento de culpa y estigmatización Ideaciones suicidas | Martin et. al (2004), Pereda (2009), Echeburúa & Corral (2006). |
| | Área cognitiva | Bajo rendimiento académico Conductas hiperactivas Problemas de atención y concentración | Pereda (2009) |
| | Área relacional | Trastornos de apego Comportamientos disociales Aislamiento social | Barudy & Dantagnan (2005), Pereda (2009). |

| | | | |
|-----------------------------|-----------------|---|--|
| | | Menos número de amigos | |
| | Área funcional | Trastorno somático Problemas de sueño Trastornos alimenticios Enuresis y encopresis | Pereda (2009) Echeburúa & Gerricaechevarría (2011). |
| | Área conductual | Conducta sexualizada Conformidad compulsiva Conducta disruptiva y agresiva | De Manuel Vicente (2007), González et al. (2012), Pereda (2009) y Perry & Szalavitz (2008) |
| Consecuencias a largo plazo | Área emocional | Trastorno de estrés postraumático Depresión y ansiedad Ideaciones suicidas Conductas autodestructivas Baja autoestima | Pereda (2010) Echeburúa & Gerricaechevarría (2011). |
| | Área sexual | Sexualidad desadaptativa Sexualidad insatisfactoria y disfuncional | Pereda (2010) González et al. (2012), |
| | Área relacional | Ansiedad y aislamiento social Conductas disociales Dificultades en las relaciones de pareja | Pereda (2010) González et al. (2012), |
| | Área funcional | Trastorno de somatización Trastorno disociativo | González (2008), Guzmán (2011) y Pereda (2010) |
| | Área conductual | Hostilidad Conducta agresiva | Pereda (2010) |

Tabla 1

Como ya se ha comentado, la sintomatología a nivel emocional que manifiestan las víctimas de ASI tiene una base postraumática, ergo, el trastorno de estrés postraumático se trata de una de las consecuencias más comunes del ASI, la cual merece la pena comentar.

La experiencia del abuso es para los y las menores se trata de un evento que origina un trauma en estos. El trauma psíquico infantil no deja de ser un dolor psicológico que se manifiesta en las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación de estrés, dolor o sufrimiento a la que el menor no puede encontrar una explicación lógica (Barudy & Dantagnan, 2005).

Los niños y niñas víctimas de un caso de ASI atraviesan un proceso traumático, en el que los sistemas que dan respuesta al estrés son circuitos neuronales del cerebro, que si presentan anomalías pueden causar disfunciones en las principales áreas de del cerebro, teniendo consecuencias dañinas en los distintos niveles comentados anteriormente (emocional, cognitivo, conductual, etc.). Estas anomalías son las causantes del problema que se está tratando en estas líneas conocido como: trastorno de estrés postraumático (Barudy & Dantagnan, 2005; Perry & Szalavitz, 2008).

Es necesario conocer que el cerebro humano siempre está comparando los patrones entrantes nuevos con las pautas y asociaciones previamente almacenadas (Perry & Szalavitz, 2008).

Si las experiencias que los niños y niñas atraviesan en infancia más temprana son aberrantes, las respuestas y patrones del cerebro de los niños están basadas y fundamentadas en estas primeras experiencias (Perry & Szalavitz, 2008). Por este motivo, un niño o una niña, debido a haber sufrido un abuso sexual, entiende que lo que los adultos quieren de él o de ella es placer sexual, entonces surgen comportamientos demasiado erotizados para su edad (Perry & Szalavitz, 2008).

Para cerrar este apartado del trabajo es necesario hacer referencia a que muchas de las conductas, comportamientos y trastornos psicológicos comentados constituyen una sintomatología, que, aunque puede no estar relacionada directamente con el ASI y puede deberse su origen en otros tipos de maltrato infantil, pueden servir como indicadores para poner en marcha los protocolos y programas de prevención y tratamiento para, en primer lugar, detectar el abuso y, seguidamente, ayudar y proteger a la víctima de manera inmediata y efectiva (Kellogg et al., 2020; Scott et al., 2014).

Asimismo, se ha de tener en cuenta que las consecuencias y, por ende, los indicadores se encuentran condicionados, como ya se ha mencionado, por la forma en la que se produce el ASI. Numerosos estudios como el Douglas & Finkelhor (2005) o las memorias recogidas sobre abusos y agresiones sexuales por la asociación CAVAS apuntan a que el agresor se trata una figura del entorno más cercano de la víctima, y en el 50% de los casos se trata de un familiar. Cuanto más cercana es la relación entre la víctima y el abusador, mayores y más perjudiciales serán las consecuencias en el niño o niña.

Se ha podido ilustrar a lo largo de estos párrafos que abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia, el cual lleva consigo unos efectos devastadores en la vida de los niños y niñas que lo sufren, tanto a corto como a largo plazo. Por ello, es preciso hacer hincapié en saber en entender estas consecuencias psicológicas del ASI como indicadores a la hora de detectar y notificar cuando un profesional educativo tiene sospechas sobre un caso de ASI.

4. Marco Empírico

4.1. Objetivo

Siguiendo lo analizado y planteado en el marco teórico, con el presente estudio se pretende conocer cuáles son las posibilidades de intervención que desde el ámbito educativo debieran de llevarse a cabo para ayudar a reducir las consecuencias que el abuso sexual infantil tiene para los niños y niñas que lo sufren. Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo no es otro que el de **conocer y diferenciar el papel que la escuela tiene en la intervención con niños y niñas víctimas de maltrato infantil, concretamente de abuso sexual infantil.**

Entrando más en detalle, los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

- 1.1. Identificar cual es el papel docente por parte del tutor o tutora dentro de la intervención educativa.
- 1.2 Analizar si los distintos factores y variables que acompañan al ASI generan diferencias en la intervención educativa.
- 1.3. Comprender qué es el trauma y cómo reparar el daño en el marco educativo desde un enfoque resiliente.
- 1.4. Descubrir las formas y estrategias de intervención durante la prevención terciaria con el alumnado víctima de ASI.

4.2. Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha optado por la revisión bibliográfica, es decir, se pretende recopilar la información más relevante sobre el tema del que se ocupa (Guirao-Goris et al., 2008), en este caso: la intervención educativa con niños y niñas víctimas de ASI para abordar las consecuencias de este y lograr una recuperación lo más beneficiosa posible.

Para ello se han utilizado como referencia fuentes primarias (artículos, libros y guías de actuación) y secundarias (bases de datos) ofrecidas por la Universidad

de Cantabria. Se han buscado referencias bibliográficas tanto en castellano como en inglés. Una dificultad con la que nos hemos encontrado ha sido la escasa existencia de investigaciones sobre la intervención educativa en los casos de ASI, a pesar de que si existen múltiples artículos de otra índole que tratan sobre la intervención educativa ante los malos tratos a la infancia.

Sin embargo, se ha decidido ampliar la mirada del trabajo y contemplar actuaciones ante el maltrato infantil como actuaciones aplicables ante el ASI, puesto que este no deja de ser una forma de maltrato infantil y, como tal, muchas de las consecuencias que sufren los niños y niñas abusados sexualmente son comunes a las que sufren quienes son víctimas de otras formas de malos tratos.

En la siguiente tabla se recoge el proceso de búsqueda realizado y los resultados obtenidos, los artículos ya han sido seleccionados entre todas las referencias presentes en las bases de datos:

| Bases de datos | Descriptores | Años | Hallazgos |
|----------------|---|-----------|----------------------------|
| Scopus | school AND child sexual abuse AND intervention Áreas: psicología y ciencias sociales | 2000-2020 | Inglés: 3 Castellano: 1 |
| Google Scholar | resiliencia AND ASI AND escuela OR educación OR marco educativo | 2006-2014 | Inglés: 0 Castellano: 3 |
| Web of Science | ASI AND intervención AND educativa | 2011 | Inglés: 0 Castellano: 1 |
| Scopus | child sexual abuse AND consequences AND trauma | 2020 | Inglés: 1 Castellano: 0 |
| Google Scholar | Trauma AND trastorno de dioscación AND trastorno de estrés postraumático AND ASI | 2008 | Inglés: 0 Castellano: 1 |
| Google Scholar | ASI AND intrafamiliar AND intervención | 2011 | Inglés: 0 Castellano: 1 |

| | | | |
|--------|---|-----------|----------------------------|
| Scopus | Impact AND child sexual abuse | 2020 | Inglés: 1 |
| Scopus | Prevención AND ASI AND detección AND intervención | 2017-2020 | Inglés: 1 Castellano: 1 |

Tabla 2

Además de estas búsquedas, se han utilizado para esta revisión bibliográficas dos libros en relación sobre cómo tratar con víctimas de ASI, así como distintas guías de actuación destinadas a los profesionales que trabajan con estas. Asimismo, se han utilizado otras opciones que ofrecen las bases de datos para buscar más textos relacionados con los que ya han sido seleccionados.

En esta tabla se muestran los artículos (divulgativos y de investigación), libros y guías de actuación empleados para la realización de este marco empírico:

| Artículos de investigación | | | | |
|----------------------------|--|-------------------------------------|---|----------------|
| Año | País | Metodología | Muestra | País |
| 2020 | B. Madrid, G. Lopez, L. Dans, D. Fry, F.G. Duka-Pante, A. Muyot | Cuestionarios y grupos de discusión | .237 docentes 1458 alumnos y alumnas | Filipinas |
| 2020 | D. Russell, D. Higgins, A. Posso | Revisión bibliográfica | 8 estudios | Australia |
| 2019 | D. Tener, L. Sigad | Entrevistas | 20 docentes | Israel |
| 2011 | M.A. Higareda-Almaraz, E. Higareda-Almaraz, I. Higareda-Almaraz, J.C. Barrera, M.A. Gómez, V. Benites. | Cuestionarios | 92 padres | México |
| 2020 | M. Kenny, C. Helpingstine, H. Long- | Programas de prevención en colegios | 1502 estudiantes universitarios | Estados Unidos |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|----------------------|----------------|
| 2020 | N. Kellogg, W. Koek, S. Nienow | Recogida de información a través de las narrativas de las víctimas. | 601 víctimas de ASI. | Estados Unidos |
| 2020 | K. McPhilips, M. Salter, E. Roberts-Pardersen | Revisión bibliográfica | Indefinido | Australia |
| Libros y artículos de divulgación | | | | |
| Año | Autor | Título | | |
| 2000 | J. Martínez | Prevención del ASI: Análisis crítico de los programas educativos | | |
| 2011 | N. Pereda | Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual. el papel del entorno familiar y social | | |
| 2014 | C. Pinto | Resiliencia psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el ASI | | |
| 2006 | J. Uriarte | Construir la resiliencia en la escuela | | |
| 2005 | J. Barudy y M. Dantagnan | Buenos tratos a la infancia | | |
| 2008 | B. Perry y M. Szalavitz | El chico a quien criaron como perro | | |
| 2017 | C. de Manuel Vicente | Detectando el ASI | | |
| 2011 | E. Echeburúa y C. Guerricaechevarría | Tratamiento psicológico de las víctimas de ASI intrafamiliar: un enfoque integrador. | | |
| Guías de actuación | | | | |
| Año | Autor | Nombre | País | |
| 2019 | Aldeas Infantiles | Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y en la adolescencia. | Latinoamérica | |
| 2010 | Save the Children | Violencia sexual contra los niños y niñas. Abuso y explotación sexual infantil | España | |

| | | | |
|------|--|--|-----------|
| 2010 | Equipo del Programa Nacional por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. | Maltrato infantil: Orientaciones para actuar desde la escuela. | Argentina |
| 2018 | Conserjería de Educación de Castilla y León | Protocolo de intervención educativa ante posible riesgo y/o sospecha de maltrato infantil en el entorno familiar | España |

Tabla 3

4.3. Resultados

En el presente apartado se dará una respuesta las cuestiones planteadas con anterioridad en el apartado de los objetivos, en base a los artículos, libros y guías revisados.

En primer lugar, es preciso comentar que este trabajo está pensado y destinado a una prevención terciaria, es decir, se trata de una intervención que tiene lugar una vez que el abuso ya se ha producido y tiene como objetivo principal que el niño o niña superé el trauma originado, minimizando de esta manera los efectos y consecuencias perjudiciales que ASI acarrea y evitando una posible revictimización (Martínez, 2000).

Sin embargo, muchas de las consecuencias que el ASI tiene en las víctimas pueden tratarse de indicadores para su detección. Por ello, es importante comentar que a la hora de detectar e intervenir en los casos de ASI es necesario hacerlo de forma efectiva y cuidadosa, teniendo en cuenta que lo que no se ve... no existe (de Manuel Vicente, 2017). Existen riesgos que pueden poner en riesgo a la víctima dando lugar una sobrecarga de responsabilidad sobre lo ocurrido que lleven a que el o la menor se pueda culpabilizar sobre lo ocurrido, quedando expuesto de esta manera a una revictimización (Martínez, 2000).

Asimismo, no todas las víctimas necesitan ser tratadas psicológicamente y es necesario tener en cuenta que la sintomatología que presentan los niños y niñas

víctimas de ASI es similar a la que provoca otros tipos de maltrato infantil (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Por lo que la intervención, tanto desde el marco educativo como terapéutico, solo debe llevarse a cabo cuando el niño o niña muestra una presencia acentuada de los síntomas que interfieren negativamente en el desarrollo de su vida cotidiana (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Una vez expuesta esta aclaración sobre las consecuencias que el ASI tiene en los niños y niñas, se comenzará de vislumbrar en qué principios deben cimentar la intervención educativa ante este tipo abusos.

En este punto del trabajo se tratará de abordar cómo ayudar a los niños y niñas víctimas de ASI en proceso de reparación del daño que ha originado el trauma fruto del abuso, así como se conceptualizará en concepto de trauma y los efectos que este tiene en el niño o niña. Se partirá de la importancia que tienen las relaciones afectivas en la conservación de la salud psíquica, por ello, es fundamental que desde la escuela se promuevan unos buenos tratos hacia la infancia que ayuden al alumnado a desarrollar sus capacidades resilientes (Barudy & Dantagnan, 2005). El bienestar infantil debe ser la finalidad de cualquier modelo preventivo de malos tratos.

- La intervención educativa desde un enfoque terapéutico positivo y resiliente.

La intervención en el marco educativo para que las consecuencias del ASI no sean extremadamente nocivas para las víctimas, deben de buscar la recuperación y reparación del daño, pero estar adecuada al ritmo que tiene cada niño o niña ya que no todos se enfrentan a un maltrato de la misma manera.

No hay que olvidar que en la mayor parte de los casos de ASI la víctima se encuentra en pleno desarrollo del *self*, por ello, las consecuencias son tan negativas y prevalecen durante la etapa adulta (Pereda & Forns, 2007; Russell et al., 2020). La prevención terciaria que se va a ofrecer en el marco educativo debe estar basada en un enfoque resiliente y terapéutico que tenga como

objetivos reparar el daño causado y que la víctima desarrolle sus habilidades resilientes, aunque ambas van bastante ligadas (Barudy & Dantagnan, 2005; Pereda, 2011; Pinto-Cortez, 2014).

Cuando tratamos con estos niños es muy importante hacerlo con la máxima cautela posible y buscando siempre el resultado más beneficioso para el o la menor promoviendo su pleno desarrollo e integración social. (Barudy & Dantagnan, 2005; Perry & Szalavitz, 2008).

Los centros educativos cuentan con programas de actuación que implementar cuando un discente sufre un caso de maltrato infantil incluyendo, por supuesto, el abuso sexual infantil (de Manuel Vicente, 2007; Martínez, 2000). En este trabajo se considera el enfoque resiliente como la perspectiva más apropiada y beneficiosa para trabajar con niños y niñas que han sufrido casos de ASI (Barudy & Dantagnan, 2005; Pereda, 2011; Uriarte, 2006).

Asimismo, la intervención educativa desde un enfoque resiliente ha de ser comprensiva con el niño o niña que ha sufrido el abuso, es fundamental no alimentar ningún tipo de sentimiento de culpa o de estigmatización por parte de los y las menores ya que esto tendría su consecuencia en que se adoptara un enfoque negativo del abuso. Para ello, es preciso tener en cuenta los factores de riesgo que pueden poner en peligro al discente, pero también aquellos factores protectores que van a ayudar y facilitar la intervención educativa (Barudy & Dantagnan, 2005; Russell et al., 2020; Uriarte, 2006).

Es necesario definir qué es la resiliencia. Autores como Barudy y Dantagnan (2005) o Manciaux et al. (2003) apuntan que la resiliencia designa la capacidad humana para superar traumas y heridas. Pese a los hechos catastróficos a los que los y las menores se han tenido que enfrentar, no quedan atados a los traumas toda su vida. Si se logra desarrollar la resiliencia en las víctimas de ASI estos cuentan con un gran antídoto que les va a ayudar a curar y reparar los daños sufridos, pero necesitan de la ayuda, confianza y solidaridad de otros para reconstruir su capacidad de afecto y la confianza en uno mismo (Barudy & Dantagnan, 2005; Pereda, 2011; Uriarte, 2006).

Es preciso tener en cuenta que la resiliencia de las víctimas de ASI es un factor que puede maximizar o minimizar los efectos y consecuencias que el proceso

traumático puede tener en estas (Barudy & Dantagnan, 2005). Si un niño o niña es resiliente y el entorno que le rodea le ayuda a desarrollar estas capacidades, el proceso de recuperación será menos doloroso y tendrá una mayor capacidad para responder a estas situaciones traumáticas.

Desde la escuela, entorno ideal para desarrollar la resiliencia, se deben trabajar con las víctimas aquellas cualidades que les hacen ser personas resilientes, por ejemplo, una autoestima sana, asertividad, solidaridad, autocontrol, creatividad, sentido del humor, etc (Uriarte, 2006).

Sin embargo, es evidente que los niños y niñas que han sufrido un abuso sexual cuentan con factor de riesgo enorme, al cual hay que intentar combatir potenciando aquellos factores protectores que ayudarán a la víctima a reparar el trauma (Uriarte, 2006), tales como desarrollar relaciones de apego fuertes y sanas, recuperar la confianza en uno mismo y en los demás, aprender a expresar sentimientos y preocupaciones, etc.

Por otro lado, la experiencia del ASI altera el desarrollo de las capacidades resilientes de los menores, por tanto, los niños y niñas víctimas de ASI se encuentran en situación de peligro que amenaza su ciclo evolutivo (Barudy & Dantagnan, 2005; (Pinto-Cortez, 2014). Sin embargo, las capacidades resilientes pueden desarrollarse aun en presencia de factores adversos, por ello, es necesario que el tutor o la tutora se muestre como una figura de apego seguro en la que el alumno o alumna afectada pueda confiar, puesto que una relación durable y de buena calidad con adulta es esencial para el desarrollo íntegro de la víctima (Barudy & Dantagnan, 2005).

En este trabajo se contempla el modelo de resiliencia de Henderson y Milstein (2003), el cual hace referencia a seis pasos para lograr la construcción de la resiliencia: enriquecer los vínculos prosociales, obtener afecto y apoyo, fijar límites claros en la acción educativa, establecer objetivos retadores, enseñar habilidades para la vida y participación significativa.

Todos estos aspectos son fundamentales, sin embargo, a la hora de tratar con niños y niñas víctimas de un abuso sexual el afecto y el apoyo son esenciales para su desarrollo integral, debido a que estos son imprescindibles para lograr

una reparación del daño y evitar nuevas situaciones amenazadora que puedan conllevar a una revictimización (Barudy & Dantagnan, 2005).

Como apuntan Barudy & Dantagnan (2005) el enfoque que define la intervención educativa debe estar dividido en tres niveles:

- Protección: de nada sirve ofrecer un tratamiento a la víctima si no antes no se le ofrece un medio de vida afectivo y protector
- Calmar el dolor y controlar el trastorno de estrés postraumático: a través de diferentes estrategias.
- Elaborar el dolor: tratando de ayudar y guiar a los niños y niñas a encontrar un sentido, un porqué a las causas de su sufrimiento.

Sin embargo, aunque es importante que los niños y niñas comprendan la situación que han vivido, puede ser contraproducente forzar a un niño o niña a que verbalice qué es lo que le ha ocurrido. A medida que van desarrollando su pensamiento simbólico los niños y niñas abusados comprenden por qué se les ha hecho daño y quienes son los responsables (Barudy & Dantagnan, 2005). Dicha capacidad debe ser apoyada y potenciada mediante una relación terapéutica y educativa en la que el niño o niña se sienta afectiva e incondicionalmente apoyado (Barudy & Dantagnan, 2005).

- Analizar si los distintos factores y variables que acompañan al ASI generan diferencias en la intervención educativa. Cómo actuar ante el ASI intrafamiliar.

El abuso sexual infantil dentro del ámbito familiar es la forma más frecuente de victimización en la infancia (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011), por ello, es necesario considerar cómo se debe actuar ante este tipo de ASI desde el ámbito educativo. Las memorias de actividades de la asociación CAVAS recogen que, en los casos recogidas por la misma, el ASI intrafamiliar supone un 50% de estos, asimismo, este se produce de manera reiterada en la mayoría de ocasiones.

Ante este tipo de abuso, el objetivo capital es el de proteger y garantizar la seguridad de la víctima. La intervención terapéutica debe estar orientada a garantizar su capacidad para supervisar la evolución del menor, dotarle de seguridad y confianza, enseñarle estrategias para afrontar sus vivencias, así como a superar las consecuencias psicológicas que los niños y niñas pueden manifestar (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Asimismo, estas situaciones requieren de una adopción de medidas urgentes de afrontamiento por parte de los profesionales que se encuentran en contacto directo con la víctima, quienes deben notificar a las instituciones pertinentes (Servicios Sociales o sistema policial) cualquier tipo de sospecha sobre que un niño o niña está siendo víctima de un caso de abuso sexual. Es fundamental enseñar a los padres y madres a adoptar una actitud adecuada ante la revelación del abuso, estableciendo estrategias de solución de problemas y tomando decisiones en relación con las medidas pertinentes, tales como protección inmediata del menor, denuncia del agresor, salida del agresor o del menor del hogar... (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

A priori, la separación del menor de su familia no es recomendable, puesto que esta puede contribuir a la creación de un sentimiento de culpa y de estigmatización en el niño o niña que puede agravar las consecuencias del propio ASI (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Ergo, la separación del menor de su familia debe ser considerada únicamente en casos excepcionales, en los que exista un grado elevado de desprotección en el entorno familiar, el agresor no reconozca los hechos y exista un claro riesgo de revictimización. En dichas situaciones son los Servicios Sociales los encargados de proporcionar a la víctima un ambiente adecuado (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

La intervención terapéutica debe estar dirigida tanto a la familia como a la víctima en este tipo situaciones. Como ya se ha comentado anteriormente, en la intervención educativa y el tratamiento psicológico directo es fundamental crear un clima agradable y de confianza en el que el menor se sienta cómodo. La víctima tiene que saber qué es lo que le ha ocurrido, saber que ha sufrido un abuso del que no tiene responsabilidad de ningún tipo (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Que la víctima conozca qué es el ASI es importante

para que no se produzca una revictimización y que el niño o niña tenga un desarrollo personal y social pleno.

De esta manera, el niño o niña atribuye la responsabilidad de lo ocurrido al agresor, así como va aprendiendo a distinguir las muestras de cariño de las conductas sexuales y desarrollando estrategias para evitar las segundas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Es decir, tanto el entorno educativo como terapéutico deben pretender que el menor desarrolle su sexualidad sin que esta se vea condicionada por la situación que el o la menor ha vivido. Si la intervención es positiva la víctima aprenderá estrategias adecuadas para superar su malestar emocional originado por el ASI y cambiar la visión negativa ante el abuso, entendiendo qué es lo que le ha ocurrido y superando el abuso sin que las consecuencias de este sean irreversibles.

- Identificar cuál es el papel docente por parte del tutor o tutora dentro de la intervención educativa.

Tutores, tutoras, orientadores, equipo directivo etc. son agentes realmente importantes para que los niños y niñas abusados tengan un ciclo evolutivo sano y feliz, por lo tanto, adquieren un papel en cierto modo terapéutico ya que al igual que otros profesionales de los ámbitos de la salud o la justicia pretenden resolver los problemas, solucionar los conflictos y hacer frente al daño causado (Barudy & Dantagnan, 2005).

Para ello un profesional educativo debe poseer ciertas capacidades como, por ejemplo, la capacidad de vincularse como personas, es decir, ser capaces de ofrecer a los niños y niñas abusados y a sus familias un ambiente emocional afectuoso y de respeto que les haga sentir importantes en un clima de confianza y seguridad para poder expresar miedos, inquietudes y otros tipos de emociones.

Este compromiso es clave para la reparación terapéutica de las heridas y para que los padres y madres desarrollen sus competencias parentales, ayudando a desarrollar un nuevo ecosistema más sano, protector y favorecedor para que la víctima supere el trauma (Barudy & Dantagnan, 2005).

Hay que comprender que la intervención con niños y niñas víctimas de ASI se trata de un proceso largo que necesita de presencia y paciencia. Se trata de un proceso diario en el que hay que valorar cada pequeño progreso, sabiendo que en el largo plazo pueden darse altibajos en la recuperación de la víctima.

Asimismo, un profesional educativo debe tener la capacidad de facilitar conversaciones (Barudy & Dantagnan, 2005). Con algún recurso como las entrevistas individuales con el alumnado afectado, el tutor o tutora debe de ser capaz de crear un ambiente afectivo, respetuoso y protector en el que el niño o niña se sienta cómodo ya que este ayudará a que este comience a encontrar una explicación a lo que le ha sucedido, el paso realmente importante para iniciar el proceso de recuperación. Aunque como señalan Perry & Szalavitz (2008) muchos de los mecanismos de defensa asociados al evento y proceso traumático quedan grabados en la memoria de la víctima, que sean capaces de relatarlos y comprenderlos en conversaciones es una parte muy importante del proceso de recuperación.

Los niños y niñas que han sufrido caso de ASI llevan consigo una historia de sufrimiento detrás, pero también de supervivencia. El tutor o tutora tiene que ser capaz de hacer sentir a la víctima que es mucho más que un niño o niña abusado, así como tener una visión completa de esta.

Por otro lado, los profesionales educativos deben cooperar y trabajar juntamente con las demás instituciones que están tratando a la víctima, es decir, se debe formar una red de trabajo para proporcionar apoyo a los menores afectados. Para esto, el centro educativo, los profesionales terapéuticos, los servicios sociales, etc. deben conocer cómo se está trabajando para lograr una reparación del daño y los programas que se están empleando para ello, los cuales también deben estar destinados a las familias quien son parte muy importante en este proceso de recuperación (Barudy & Dantagnan, 2005; Martínez, 2000).

- Qué es el trauma, cómo afecta este a los niños y niñas y cómo tratarlo en el ámbito educativo.

En primer lugar, es preciso tener en cuenta los niños y niñas víctima de ASI pueden haber desarrollado un trauma fruto del abuso. Este trauma es originado por un evento traumático, en este caso el abuso sexual, pero las consecuencias de este son fruto del proceso traumático que atraviesa la víctima (Barudy & Dantagnan, 2005).

Se debe contextualizar el trauma y los efectos que este tiene en las víctimas de ASI para tener una noción clara sobre cómo acompañar al menor en el proceso de reparación del daño. Como hemos visto a lo largo de este trabajo la consecuencia más común que tiene el ASI en los niños es el trastorno de estrés postraumático (Kezelman et al., 2020; Pereda 2009; Perry & Szalavitz, 2008).

Como ya se definió anteriormente, el trauma psíquico infantil no deja de ser un dolor psicológico que se manifiesta en las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación de estrés, dolor o sufrimiento a la que el menor no puede encontrar una explicación lógica (Kezelman et al., 2020; Barudy & Dantagnan, 2005).

Podemos hacer un símil entre el trauma y una herida, ya que ambas están causadas por un elemento externo y producen un daño que el individuo no puede soportar y el cuerpo tiene que encontrar los mecanismos necesarios para reparar y dar respuesta a ese daño originado. Se podría decir que el trauma deja cicatrices y marcas internas en las personas, al igual que algunas heridas pueden dejar en la piel.

El trauma puede concluir en que el o la menor desarrolle unos mecanismos de defensa en base a los acontecimientos aberrantes vividos que dan lugar conductas de aislamiento y apatía social o de agresividad que tienen unos efectos devastadores sobre el desarrollo integral de la víctima (Barudy & Dantagnan, 2005; Kezelman et al. 2020; Perry & Szalavitz, 2008).

Cuando un niño o niña sufre un caso de ASI el trauma es originado por una situación que desborda sus capacidades de respuesta. Dos de los principales

hechos potencialmente traumáticos que acompañan al ASI son los siguientes: la violencia y la pérdida.

En primer lugar, aunque el ASI no vaya acompañado de violencia física, sí se trata de una relación violenta entre el abusador y la víctima, que tiene efectos realmente negativos tanto a nivel físico como psicológico en la segunda.

En segundo lugar, el sentimiento de pérdida que el ASI puede originar en la víctima se trata de una fuente de traumas. Como se ha señalado en apartados anteriores, el abuso normalmente es perpetrado por personas del entorno cercano de la víctima, familiares en un gran número de casos. Por tanto, el niño o niña pierde una figura de apego y confianza que podría ser importante, dando lugar, incluso a trastornos relacionados con el apego (Barudy & Dantagnan, 2005).

Asimismo, el abuso provoca un sentimiento de pérdida en relación con su propio ser, con su cuerpo, el niño o niña entiende que su cuerpo ya no es suyo, se produce una disociación. Jennifer Freyd (2003) apunta que este proceso disociativo es consecuencia de un *betrayal trauma*, es decir, cuando la persona que realiza el abuso es la que debería cuidar y proteger al niño o niña. Para poder abordar esta disociación el niño o niña precisará también de un tratamiento psicológico fuera del ámbito educativo en el que sea tratado por profesionales del ámbito terapéutico.

Desde el marco educativo se debe abordar el trauma únicamente si este existe y los niños muestran la sintomatología ya mencionada en el apartado anterior. Si el niño o niña no muestra indicadores graves fruto del abuso, ni siente que necesita ayuda profesional, se puede continuar con el proceso habitual de la clase, pero observando si aparecen nuevos síntomas en futuro próximo.

Si este existe, a la hora de acompañar al niño o niña víctima de abuso sexual y ayudarlo a reparar el trauma originado un tutor o tutora necesita crear un vínculo afectivo y protector tanto con la víctima como con el grupo completo, esto se puede conseguir a través de horas de tutorías, entrevistas personales, es decir, actividades que fortalezcan la confianza, la comunicación y la relación docente-discente (Barudy & Dantagnan, 2005; Uriarte, 2006).

- Actividades, estrategias y recursos destinados a la intervención educativa.

En cuanto a las actividades y recursos destinados a programas de prevención terciaria en un marco educativo que pueden ayudar a una reparación del daño y ser potenciadoras de distintos factores protectores. Es necesario que permitan que los niños y niñas sean capaces de expresar y elaborar sus experiencias traumáticas para evitar que estas estén presentes en sus formas de relación y, asimismo, que aprendan nuevas habilidades sociales para reconocerse, expresar y manejar sentimientos y emociones, desarrollar su empatía y, algo realmente importante en las víctimas de ASI, aprender a respetar y respetarse y a acceder a una percepción sana de su sexualidad (Barudy & Dartagnan, 2005).

Desde el marco educativo se puede conseguir que las víctimas de ASI regulen su experiencia traumática y desarrollen la resiliencia a través de múltiples formas, como, por ejemplo: del afecto, del vínculo, del juego o del arte. A continuación, señalaran distintos recursos y actividades las cuales desarrollar con niños y niñas víctimas de ASI dentro de las categorías mencionadas.

- Regulación a través del afecto: el afecto y su expresión se ve realmente afectado por el ASI, por tanto, la intervención debe contemplar el afecto como un punto clave. El afecto se puede desarrollar de forma física o a través de la comunicación. Como ya se ha comentado las víctimas de ASI sufren una disociación que les dificulta la expresión del afecto físico, por ello, el niño o niña puede rechazar el contacto físico si no se siente cómodo, el contacto físico se debe realizar de frente y respetando el espacio personal de la víctima. Algunos recursos para generar un apego seguro usando contacto físico son:
 - Saludos y despedidas personalizados
 - Consuelo del dolor
 - Baile
 - Juegos con contacto físico.
- Regulación a través del vínculo: en este caso entran las características y habilidades ya comentadas que deben presentar los docentes para que la

víctima le considere una figura que aporta seguridad emocional y confianza.

- Regulación a través del juego, con la guía del tutor o tutora:
 - El juego simbólico: muchos niños y niñas plasman sus traumas a la hora de jugar, por lo tanto, la guía del docente es fundamental para buscar una salida de esa reiteración del evento traumático.
 - Juegos cooperativos: los alumnos y alumnas tiene un objetivo común, y para alcanzarlo necesitan de la colaboración entre ellos. En este tipo de juegos los niños aprenden a pedir ayuda y a escuchar de manera activa a los demás compañeros y compañeras.
 - Juegos de mesa: ayudan a los alumnos y alumnas a regular la tensión emocional, siempre y cuando el ambiente en el que se sitúe el juego sea cálido y distendido.
 - El deporte: el deporte tiene un componente competitivo que, en un contexto seguro, ayuda a los niños y niñas a aprender a regular sus emociones, así como un componente de superación personal que les puede ayudar a valorarse intrínsecamente de manera más positiva.
- Regulación a través del arte:
 - Expresión plástica (pinturas, dibujos, arcilla, etc.): permite a los niños y niñas simbolizar sus vivencias internas y expresar esos sentimientos que, en ocasiones, más cuesta verbalizar.
 - Decoración de su casa, habitación, clase, ropa, etc.: ayuda a los niños y niñas a construir su propia imagen y a proyectarla, se trata de una manera de construir su identidad.
 - Expresión musical: es una actividad que implica múltiples partes del cerebro y que facilita la integración. Asimismo, la música transmite una infinitud de emociones distintas, es un gran recurso para los niños y niñas que según su estado de ánimo sean capaces de seleccionar la música que les ayude a sentirse mejor.
 - Juegos de dramatización (teatro, uso de disfraces, etc.): ayudan a desarrollar las capacidades empáticas y de expresión de sentimientos y emociones de una forma divertida y entretenida.

- Expresión literaria: ayudan a los niños y niñas a verbalizar las experiencias traumáticas a través de creaciones que son fruto de su creatividad e imaginación, por ejemplo, poemas, cuentos, etc.
- Películas y vídeos: ver películas supone una exploración del mundo de los sentimientos y de las vivencias, y desde el ámbito educativo se trata de un recurso realmente interesante para comentarlas e intercambiar puntos de vista diferentes.

Este tipo de estrategias y recursos deben ir acompañados de los conceptos básicos que un niño o niña debe conocer para poder evitar cualquier tipo de revictimización, los cuales son los siguientes: mi cuerpo es mío; existen unas zonas privadas que deben ser respetadas; hay cariños buenos y cariños malos, que son aquellos que no son agradables y resultan inapropiados; al igual existen secretos buenos y secretos peligrosos, que se deben revelar cuanto antes ya que estos se pueden referir a contactos abusivos y, finalmente, los menores deben de tener muy claro que lo que les ha sucedido no es culpa suya, es necesario no responsabilizar a los niños de la ocurrencia del ASI (Martínez, 2000).

En conclusión, los programas de prevención terciaria e intervención educativa se deben centrar en fortalecer al menor, para ello, es fundamental que el alumnado conozca qué es y cuando se da un caso de ASI, ya que estos no van a estar en una vigilancia y protección constantes (de Manuel Vicente, 2017; Martínez, 2000).

- Necesidad de una colaboración entre los agentes que tienen un papel importante en la intervención con víctimas de ASI (terapéuticos, educativos, institucionales, etc.).

Es fundamental también remarcar la importancia de la colaboración entre los agentes que tratan con el niño (familia, servicios sociales, docentes y profesionales terapéuticos).

Por otro lado, las consecuencias y efectos negativos que el abuso sexual infantil tiene sobre los y las menores que lo sufren son de una importante y severa gravedad, por ello, es imprescindible que los profesionales que trabajan diariamente con niños y niñas tengan conocimientos en relación con esta problemática y, por supuesto, estén concienciados y se comporten de manera responsable con el objetivo de ayudar a la víctima a superar esta situación (Martínez, 2000).

A la hora de detectar, prevenir e intervenir ante los casos de ASI es necesario hacerlo de forma efectiva y cuidadosa, teniendo en cuenta que lo que no se ve... no existe (de Manuel Vicente, 2017). Existen riesgos que pueden poner en riesgo a la víctima dando lugar una sobrecarga de responsabilidad sobre lo ocurrido que lleven a que el o la menor se pueda culpabilizar sobre lo ocurrido, quedando expuesto de esta manera a una revictimización (Dans et al., 2020; Higgins et al., 2020; Martínez, 2000).

Por este motivo, es muy importante que los programas de actuación estén elaborados para ayudar al menor siguiendo los conceptos básicos comentados recientemente y en la sintomatología que puede generar el ASI en las víctimas.

Asimismo, es realmente importante que exista una colaboración entre todos los agentes que van a tratar con la víctima, desde la familia, pasando por los profesionales educativos, hasta los profesionales terapéuticos que puedan tratar con el menor (Martínez, 2000). El objetivo de la intervención no debería ser otro que ser el germen para que el niño o niña, con la ayuda de docentes, profesionales médicos y su familia, pueda superar lo sucedido y reparar el daño causado llegando a ser una persona que tenga un ciclo evolutivo sano y enriquecedor, con un sentido crítico y responsable hacia la sociedad en la que vivimos.

En las distintas guías revisadas que recogen distintos aspectos sobre el plan de detección, notificación e intervención desde el ámbito educativo, se hace hincapié en la necesidad de una colaboración interinstitucional con el fin de garantizar una intervención integral adecuada a cada casuística. Tanto el tutor o tutora, el departamento de orientación y equipo directivo deben conocer la

situación de la víctima y cómo se la está tratando en otros ámbitos, ya sea con los servicios sociales, profesionales terapéuticos, etc., y viceversa.

Asimismo, Perry & Szalavitz (2008) aluden a la importancia que tiene una buena coordinación y cooperación entre el centro educativo y los profesionales terapéuticos que tratan con el niño o niña víctima de un caso de ASI. Esto se ejemplifica en el hecho de que la escuela, el centro educativo debe de notificar todos los indicadores que ha podido detectar al psiquiatra o psicólogo que va a tratar con el o la menor, así como hacerle saber de todos los avances que la víctima está haciendo y si la intervención está siendo beneficiosa para esta, y viceversa. Es decir, la intervención tanto educativa como terapéutica debe estar coordinada en todo momento en pro de lograr que proceso de recuperación sea lo más satisfactorio posible.

A modo de **resumen final**, valorando y analizando todos los resultados encontrados, se puede destacar la importancia de que la intervención educativa ante casos de ASI se encuentre cimentada en un enfoque positivo y resiliente que ayude al alumnado a desarrollar esas capacidades resilientes, las cuales son básicas para que estos aprendan a lidiar con experiencias traumáticas y, por ende, a reponerse y superar el daño originado.

También, hemos podido ver la importancia que tiene la figura del tutor o tutora para los niños y niñas víctimas de ASI. Es fundamental que el alumnado reconozca en el docente una figura de apego seguro en la que puede confiar y está dispuesto a ayudarle.

Sin embargo, para lograr lo que se acaba de comentar, es fundamental que el clima del aula sea afectivo y generador de confianza. Esto ayudará a las víctimas de ASI a no desarrollar sentimientos de estigmatización y culpabilidad en relación con la situación que les ha tocado vivir. Una convivencia sana y afectiva dentro del aula, tanto en la relación entre discentes, como en la relación docente-discente, es realmente importante para que el alumnado víctima de ASI no vea afectado su desarrollo relacional y social, así como su rendimiento académico no se vea perjudicado.

En conclusión, la intervención educativa (coordinada con los demás profesionales que están actuando con la víctima) ante casos de ASI debe

pretender siempre proteger al menor, haciéndole comprender la situación injusta que ha vivido y tratándola desde un enfoque positivo y resiliente. Es decir, que el niño o niña no se vea definido por lo que le ha ocurrido, es mucho más que un niño o niña maltratado (Barudy & Dantagnan, 2005).

5. Conclusiones

A la hora de la realización del presente estudio, nos hemos encontrado con la existencia de una literatura muy limitada en relación con el tema principal del mismo, aspecto que, por tanto, ha complicado la investigación sobre el mismo.

Es un hecho en cierto modo sorprendente, ya que el ASI es una realidad latente en nuestra sociedad, la cual tiene unos efectos que pueden llegar a ser devastadores para el desarrollo de la víctima en las distintas áreas de su vida: emocional, cognitivo, relacional, fisiológico o funcional y conductual. Por este motivo, se considera la intervención con el niño o niña afectado de una importancia vital para que este supere el trauma originado y tenga un ciclo evolutivo sano y enriquecedor.

Como se ha mencionado, las consecuencias que tiene el ASI en las víctimas, siendo similares a las de otros tipos de maltrato infantil, no suponen una sintomatología clínica claramente definida (Ramírez & Fernández, 2011). Al contrario, las consecuencias del ASI dependen de multitud de factores y variables que están relacionadas con la víctima, el agresor y el propio acto del abuso. Por ejemplo, la edad de la víctima, el tipo de abuso, si este va acompañado de violencia física grave, etc.

Por otro lado, la intervención, centrada en el ámbito educativo, solo se debe llevar a cabo cuando el niño o niña muestra unos indicadores realmente graves, ya sea por problemas emocionales (ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático...), por encontrarse en un entorno de desprotección, por desarrollar una ansiedad social y una dificultad para hacer amigos o amigas, etc.

Asimismo, se enmarca la intervención educativa dentro de la prevención terciaria, es decir, cuando el abuso ya se ha producido y ha sido detectado y notificado. Esta intervención, siguiendo los principios que se han ido considerando a lo largo del trabajo debe estar construida en base a un enfoque resiliente y positivo, centrado en la recuperación y no en el maltrato y/o abuso (Barudy & Dantagnan, 2005; Martínez, 2000; Pereda, 2011; Pinto-Cortez, 2014).

Esta intervención debe garantizar la seguridad y protección del menor, evitando que se produzca una revictimización. Es necesario que tanto los profesionales

educativos, como todos los que tratan con niños abusados estén concienciados sobre la importancia que este problema tiene en la sociedad y los efectos tan perjudiciales que pueden llegar a tener sobre la víctima.

Como se ha podido observar, la intervención educativa desde un enfoque resiliente debe de favorecer un clima de confianza y seguridad dentro del aula para que el alumnado se sienta cómodo.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el ASI supone un factor de riesgo para el desarrollo de las capacidades resilientes del alumnado, las cuales se pueden ver afectadas negativamente, por ello, es imprescindible enfatizar en aquellos factores protectores que van a ayudar al alumnado víctima de ASI a desarrollar su resiliencia y capacidades para sobreponerse a situaciones dolorosas. Tanto el afecto, el apoyo y la comunicación son dos factores fundamentales para lograr esto, por lo tanto, la intervención educativa debe estar basadas en estas premisas haciendo del centro educativo un espacio resiliente y seguro.

Para evitar esto la víctima debe mantener una visión ajustada a la realidad de los hechos, conocer las razones y motivos que le han llevado a tener que sufrir el abuso, de esta manera se evita que el niño o niña adquiera una responsabilidad sobre lo ocurrido que no le corresponde (Echeburúa & Gerricaechevarría. 2011).

Asimismo, poco a poco desde el ámbito educativo se ha de ir corrigiendo los mecanismos de disociación y negación del abuso que los discentes desarrollan ante la experiencia traumática (Echeburúa & Gerricaechevarría. 2011; Vazquez, 2008). El alumnado irá adquiriendo estrategias adecuada para superar el malestar emocional, pero es fundamental no forzar a estos a relatar la experiencia si no están preparados para ello. Si el docente se muestra como una figura de apego seguro en la que el alumno o alumna puede confiar, será capaz de expresar sus pensamientos y sentimientos, logrando un desahogo emocional.

Algunas estrategias para ayudar al menor a conseguir una mayor estabilidad emocional son: la escucha activa, dibujos, cuentos, narración dirigida, etc. (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

En conclusión, la intervención educativa se debe centrar en fortalecer al menor, para ello, es fundamental que el alumnado conozca qué es y cuando se da un caso de ASI, así como que este se trata de un hecho que de ninguna manera recae en la víctima, esta no se debe ver limitada ni definida por el ASI (de Manuel Vicente, 2017; Martínez, 2000). Si el alumnado no genera sentimientos de estigmatización y culpabilidad sobre el abuso, el proceso de reparación del daño se ve realmente potenciado y facilitado.

Para finalizar con este apartado del trabajo se resaltaré la siguiente cita de Jorge Barudy y a Maryorie Dantagnan al comienzo de su libro *Los buenos tratos a la infancia* (2005, p. 19): “tratar bien a los niños y niñas es uno de los pilares fundamentales para lograr una humanidad más sana, más feliz y menos violenta”. Esta premisa es fundamental para entender que tratar y atender a niños y niñas que han sufrido malos tratos, en este caso un abuso sexual, no es un trabajo para nada sencillo y, a su vez, es realmente importante tanto para conseguir que la víctima tenga un desarrollo personal íntegro y saludable como para que no muestre comportamientos y actitudes disociales.

Este trabajo pone de manifiesto la importancia que tiene la intervención educativa para la recuperación y superación del trauma del alumnado víctima de ASI, así como la necesidad de una investigación más amplia sobre esta con el objetivo de conocer las estrategias que son más positivas y beneficiosas para el alumnado logrando, de esta manera, que la intervención educativa ayude y se convierta en parte fundamental para reparar el daño originado por el abuso.

6. Bibliografía

- Agudelo, G. G. (2016). Consecuencias jurídicas y político-criminales de la elevación de la edad del consentimiento sexual en los derechos sexuales y de salud sexual y reproductiva del menor de edad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 18, 1–31.
- Averbuj, G., Bozzalla, L., Marina, M., Tarantino, G., Zaritzky, G. (2010). *Maltrato infantil. Orientaciones para actuar desde la escuela*. Argentina: Ministerio de Educación, Construcción de ciudadanía en la escuelas y Programa nacional por los derechos de la niñez y la adolescencia.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological bulletin*, 99(1), 66.
- C.A.V.A.S. (2016). *Memorias de actividades 2016*. Cantabria, España. Recuperado de: <http://cavascan.org/memorias-de-actividades/>
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 35-59. Scopus. https://doi.org/10.1300/J070v15n03_03
- de Dios Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de psicodidáctica*, 11(1), 7–23.
- de Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 19, 39-47.
- Douglas, E. M., & Finkelhor, D. (2005). Childhood sexual abuse fact sheet. Crimes against children research center. *University of New Hampshire*, 126.
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 43-44, 75–82.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y

- efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. *Violencia contra los niños*, 86–112.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469.
- Echeburúa, E., & Subijana, I. J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 733–749.
- Flitter, J. M. K., Elhai, J. D., & Gold, S. N. (2003). MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 269-274.
<https://doi.org/10.1023/A:1023700208696>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 329-333.
- Forns, M. & Pereda, N. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child abuse and neglect*, 31, 417-426.
- Freyd, J. J. (2003). *Abusos sexuales en la infancia: La lógica del olvido*. Gilberto Pérez del Blanco.
- González, E., Baz, B. O., & Sánchez, F. L. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: Los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24(Número 3), 402-409.
- Guirao-Goris, J. A., Olmedo Salas, A., & Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista iberoamericana de enfermería comunitaria*, 1(1), 1–25.
- Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: Su abordaje en Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 4(3), 234–243.
- Herrera, C. R., & Parra, A. F. (2011). Abuso sexual infantil: Una revisión con base en pruebas empíricas. *Psicología conductual*, 19(1), 7.
- Higareda-Almaraz, M., Higareda-Almaraz, E., Higareda-Almaraz, I., Barrera-de León,

- J., Alonso Gomez-Llamas, M., & Benites-Godinez, V. (2011). Parental aptitude to prevent child sexual abuse after a participatory education intervention. *Salud Publica De Mexico*, 53(2), 134-140. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000200006>
- Kellogg, N. D., Koek, W., & Nienow, S. M. (2020). Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104360.
- López-Sánchez, F. (1994). Abuso Sexual a Menores; Lo que recuerdan de mayores. *Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerios de Asuntos Sociales.*
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201–229.
- Losoviz, V., Menoni, C., Miranda, L., Olivares, K., Romeo, F.J. & Sainz, P. (2019). *Acompañando las heridas del alma. Trauma en la infancia y adolescencia.* América Latina y El Caribe: Aldeas Infantiles SOS
- Madrid, B. J., Lopez, G. D., Dans, L. F., Fry, D. A., Duka-Pante, F. G. H., & Muyot, A. T. (2020). Safe schools for teens: Preventing sexual abuse of urban poor teens, proof-of-concept study - Improving teachers' and students' knowledge, skills and attitudes. *Heliyon*, 6(6), e04080. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04080>
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. *La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa.*
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.006>
- Martínez, J. (2011). Prevención del Abuso Sexual Infantil: Análisis Crítico de los Programas Educativos. *Psykhē*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.7764/psykhe.9.2.443>

- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), 131-148. Scopus. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- McPhillips, K., Salter, M., Roberts-Pedersen, E., Kezelman, C. (2020). Understanding trauma as a system of psycho-social harm: Contributions from the Australian royal comisión into child sex abuse. *Child abuse and neglect*, 99, 104232.
- Orjuela, L., Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y niñas. Abuso y explotación sexual infantil*. España: Save the Children.
- Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (1995). Child Abuse: Concept, types, etiology. *Journal for the Study of Education and Development*, 18(71), 7-21. <https://doi.org/10.1174/02103709560575442>
- Palacios, J. R. (2008). El abuso sexual a niñas, niños y adolescentes: Un secreto familiar, un problema social. *Revista Electrónica Educare*, 12, 99–111.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 135–144.
- Pereda, N (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: El papel del entorno familiar y social. *Educación Social*, 49, 103–114.
- Pereda, N., & Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.002>
- Perry, B & Szalavitz, M. (2008). *El chico a quien criaron como perro*. Madrid, España: Capitán Swing
- Pinto Cortez, C., & Cortez, C. P. (2009). Perspectiva histórica en el estudio del maltrato infantil. *Poiésis*, 9(17). <https://doi.org/10.21501/16920945.166>
- Pinto-Cortez, C. G. (2014). Resiliencia psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil.

Summa Psicológica UST, 11(2), 19-33.

Russell, D., Higgins, D., & Posso, A. (2020). Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries.

Child Abuse & Neglect, 102, 104395.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104395>

Scott, M. T., Manzanero, A. L., Muñoz, J. M., & Köhnken, G. (2014). Admissibility of clinical indicators for the detection of child sexual abuse in forensic contexts.

Anuario de Psicología Jurídica, 24(1), 57-63. Scopus.

<https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.08.001>

Tener, D., & Sigad, L. (2019). "I felt like I was thrown into a deep well": Educators coping with child sexual abuse disclosure. *Children and Youth Services Review*,

106, 104465. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104465>

Vazquez, A. G. (2008). Disociación y trauma. *Cadernos de psicología*, 32, 63–78.